Zur Frage

der Berechtigung der prophylactischen Sterilisierung tubarschwangerer Frauen

---

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt von

Erwin König

approb. Arzt aus Berlin.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

LEIPZIG.

Druck von Emil Lehmann

1909.

~ 110

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 21. Dezember 1909.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Zweifel.

Zur Frage

der Berechtigung der prophylactischen Sterilisierung tubarschwangerer Frauen.

Unter den während der Zeit vom 1. April 1908 bis 31. März 1909 im städtischen Krankenhause zu Harburg zur Behandlung gelangten 8 Fällen von Tubargravidität befinden sich 2 vom Verfasser selbst operierte, in denen es sich um sogenannte wiederholte Tubarschwangerschaften handelte, wo also nach bereits früher überstandener, durch Operation sichergestellter Tubargravidität der einen Seite es zur Ansiedelung einer Frucht im andern Eileiter gekommen war. In beiden Fällen war, wie aus den unten mitgeteilten Krankengeschichten ersichtlich, auch das erstemal die Laparotomie im Harburger Krankenhause ausgeführt worden, in Fall 2 ebenfalls vom Verfasser.

Ueber die ersten einwandsfreien Fälle dieser Art berichteten nach Abel fast gleichzeitig im Jahre 1890 Olshausen und Leopold Meyer; alle früheren Mitteilungen darüber müssen als unsicher aus der Betrachtung ausscheiden. Im Jahre 1893 konnte Abel (1) aus der Literatur 9 Fälle zusammenstellen, unter denen sich die beiden genannten von Olshausen und L. Meyer befinden, und welchen er einen eigenen Fall hinzuzufügen

in der Lage war. Noch 1895 nennt A. Martin (2) in seinem damals erschienenen Handbuch der Adnexerkrankungen die wiederholte Tubargravidität bei einer Frau eine seltene Affektion, und noch 1897 hielt Czempin (3) ein solches Vorkommnis für würdig der Mitteilung gelegentlich der Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Seitdem jedoch haben sich mit dem flutartigen Anschwellen der Literatur über Extrauterin-Schwangerschaft überhaupt auch die Berichte über successive Schwängerung beider Tuben ganz außerordentlich gehäuft; so finden sich Besprechungen über diesen Gegenstand in Engströms (4) Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik zu Helsingfors von Heikel (5) und Forssel (6), ferner umfangreiche Zusammenstellungen bisher beobachteter Fälle in den Comptes rendus de la Société de Gynécologie et de paediatrie, Tome II, 1900, von Varnier und in den Annales de Gynécologie, Tome 55, von Varnier und Sens. In der deutschen Literatur brachte die Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie in Band 17 (Ergänzungsheft) einen umfassenden Bericht von Vassmer. Fälle von zweimal wegen rezidivierender Tubargravidität ausgeführter Laparotomien existierten nach einer 1898 erschienenen Arbeit aus der Jenenser Klinik von Falk (7) bis 1894 nur 8, wohingegen Zangemeister (8) im Jahr 1898 schon 34 solcher Fälle vorfand.

Es ist also nicht verwunderlich, wenn Werth (9) schon 1904 die rezidivierende Tubargravidität „ein landläufiges Vorkommnis“ nennt, wie es „wohl jeder mit

etwas größerem Material ausgestattete Gynäkologe ab und zu zu sehen bekäme".

Nicht die Seltenheit des Ereignisses an sich ist daher die Veranlassung zu dieser Arbeit, sondern die Beobachtung von 2 solchen, zweimal glücklich laparotomierten Fällen unter im ganzen 8 nur eines Jahres, wozu in einem Falle noch die allem Anschein nach sehr eigenartige Aetiologie kommt. Dieser auffallend hohe Prozentsatz ließ jedenfalls von neuem die auch schon von anderer Seite, besonders englischen und amerikanischen Autoren (Reed, Bennington, Mac Kelway, Mansell-Moulin und Charles Jacob) erwogene und in bejahendem Sinne beantwortete Frage auftauchen, ob es nicht gerechtfertigt sei, in allen Fällen von zur Operation gelangender Tubargravidität auch die nicht schwangere Tube zu exstirpieren, um so durch Sterilisierung der Frau eine Wiederholung des schwerwiegenden Ereignisses unter allen Umständen zu verhindern.

Die Entfernung der anderen Tube hält schon Abel für eine strenge Indikation, sobald sie pathologische Veränderungen aufweise, und darin wird ihm wohl von fast allen Autoren beigestimmt; nur Engström hält korrigierende Maßnahmen, wie Beseitigung von Verwachsungen, Stenosen, Knickungen usw. für ausreichend. Sonst überall erscheint die Forderung der Wegnahme einer offenbar kranken anderen Tube als nahezu selbstverständlich.

Nun kann aber nach unseren heutigen Anschauungen die makroskopische Intaktheit der anderen Tube

ihre Schonung keinesfalls rechtfertigen; denn wir wissen aus neueren Untersuchungen, besonders von Opitz, daß die Veränderungen an einem Eileiter, wie sie geeignet sind für das Zustandekommen einer Tubargravidität, durchaus nicht so hochgradig zu sein brauchen, um makroskopisch aufzufallen, daß vielmehr ganz geringe Hindernisse, z. B. Verklebung von Tubenschleimhautfalten genügen, um Buchten und Barrièren zu schaffen, welche ein Weiterwandern des Eis verhindern. Die Erfahrung hat ferner gelehrt, daß solche Veränderungen entzündlicher Natur meist in beiden Tuben angetroffen werden, ein Umstand, den auch Werth zur Erklärung der verhältnismäßigen Häufigkeit wiederholter Tubargravidităten heranzieht, und der J. Veit (10) anläßlich der Verhandlungen des Würzburger Gynäkologen-Kongresses 1903 zu der Aeußerung veranlaßte, daß die „strenge Durchführung des Gedankens von Opitz ... stets zur Exstirpation beider Tuben führen müßte".

Und doch haben sich die meisten deutschen Autoren noch immer gegen diese Konsequenz gesträubt, vor allen auch Werth, dessen Autorität es in erster Linie zuzuschreiben sein dürfte, wenn der Vorschlag der Wegnahme beider Tuben in allen Fällen im allgemeinen bisher keinen Anklang gefunden hat, und so noch neuerdings wieder von Krönig (11) unter ausdrücklicher Berufung auf Werth zurückgewiesen wird.

Welche Gründe werden nun denen, welche, um Werths Ausdruck zu gebrauchen, „die Vorsehung spielen wollen", indem sie durch Exstirpation beider Tuben dem Rezidiv einer Tubargravidität vorzubeugen

suchen, entgegengehalten bei der Ablehnung dieses Verfahrens? Die verhältnismäßige Seltenheit der wiederholten Tubargravidität und die Erhaltung der Konzeptionsfähigkeit und damit der Möglichkeit einer späteren normalen intrauterinen Schwangerschaft bei Zurücklassung der nichtgraviden Tube.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so findet sich bei Werth die Angabe, daß die Häufigkeit der wiederholten Turbargravidität 5 Proz. betrage. Andere Autoren dürften zu anderen Zahlen kommen, so hatte z. B. Engström unter 37 Fällen 3 Rezidive in der zurückgelassenen Tube, was einer Häufigkeit von über 8 Proz. entspricht. Indessen kann in dieser Beziehung, wie in dem Kapitel der Extrauteringravidität überhaupt, was gerade Werth betont, der Statistik aus hier nicht näher zu erörternden Gründen keine entscheidende Stellung eingeräumt werden.

Mag also immerhin die wiederholte Tubenschwangerschaft ein relativ nicht gerade häufiges Ereignis sein, nicht zu leugnen ist jedenfalls die Tatsache, daß sie, absolut betrachtet, oft genug vorkommt, und daß prophylaktische Maßnahmen aus diesem Grunde keineswegs ungerechtfertigt erscheinen können in Anbetracht der großen Gefahren, denen die Frauen dadurch ausgesetzt sind. „Jede Frau, welche eine ektopische Frucht trägt, befindet sich in Lebensgefahr“, sagt Werth, und genau so urteilt A. Martin, wenn er erklärt: „Jede Form dieser perversen Eieinbettung kann plötzlich lebenbedrohend werden“. Die Mortalität der Extrauteringravidität gibt letztgenannter Autor bei exspectativem Verhalten an

auf 67 Proz., bei operativ behandelten Fällen auf 20 Proz.

Wenn auch die Erkenntnis, daß in allen Fällen von Schwangerschaft außerhalb des Uterus, Operation angezeigt ist, heutzutage unter den Aerzten allgemeine Verbreitung gefunden hat, und demgemäß zu erwarten ist, daß bei Wiederholung des tragischen Ereignisses — rechtzeitige Stellung der Diagnose vorausgesetzt — die Frauen wiederum der Operation zugeführt und damit, wenn auch keine Sicherheit, so doch günstigere Chancen für ein glückliches Davonkommen gewonnen werden, so kann man doch, zumal in ländlichen Bezirken, nie wissen, ob aus äußeren Gründen das zweitemal wieder eine Ueberführung in eine geeignete Anstalt noch möglich, ob nicht überhaupt vielleicht ärztliche Hilfe garnicht oder wenigstens nicht rechtzeitig erreichbar sein wird. Auch muß, selbst bei Annahme des günstigen Falles, daß die Frau auch das zweitemal noch im geeigneten Augenblick zur Operation gelangt und mit dem Leben davonkommt, der schweren Schädigungen ihres Organismus durch den wiederholten großen Blutverlust, wiederholte Narkose und die Folgen mehrfacher Operationen (Bauchnarben, evtl. Hernien, Verwachsungen) und last not least, des oft schweren psychischen Choks infolge Häufung der Insulte gedacht werden. Zu bedenken in dieser Richtung wird unter unseren Fällen besonders der zweite Anlaß geben, wo schon nach wenig mehr, als einem Vierteljahr, nach Ueberstehen der ersten Tubargravidität, zu einer Zeit also, wo sich die Frau noch kaum von den Schädigungen

dieses Zufalls erholt hatte, die zweite Operation wegen des gleichen Ereignisses notwendig wurde.

Es ist vielleicht nicht unangebracht, an dieser Stelle daran zu erinnern, wie viele Frauen alljährlich wegen zu erwartender Komplikationen in möglicherweise eintretenden Schwangerschaften durch Herzfehler, chronische Nephritis, Phthise u.s.w. sterilisiert werden, woran kaum von irgend welcher Seite Anstoß genommen wird. Ist aber dies erlaubt, so kann gegen die Sterilisation wegen der Gefahr einer abermaligen Tubargravidität doch auch nichts eingewendet werden, zumal davon zweifellos sehr viel weniger Frauen betroffen würden, als wegen der genannten Affektionen.

Was nun die Erhaltung der Konzeptionsfähigkeit anbelangt, so ist dazu folgendes zu bemerken: Die in dieser Richtung erhobenen Statistiken haben sehr verschiedene Resultate ergeben. So fand v. Scanzoni (12), welcher das Material der Leipziger Klinik nachuntersuchte, daß von den wegen Tubargravidität Laparotomierten nur 17 Prozent wieder konzipierten, während Prochownik (13) bei seinen Operierten in ungefähr 50 Proz. wieder Schwangerschaft eintreten sah. Zu ähnlich günstigen Ergebnissen gelangte auch Engström bei den Kranken seiner eigenen Klinik. Stellt man diesen günstigen Prozentsatz den für Rezidiv von Tubargravidität angenommenen niedrigsten von 5 Proz. gegenüber, so ergibt sich daraus die bemerkenswerte Tatsache, daß auf 10 Graviditäten nach Tubarschwangerschaft überhaupt ein Rezidiv in der zurückgelassenen Tube kommt.

Jedenfalls beweisen obige Zahlen, daß für eine nochmalige normale Schwangerschaft auch bei Schonung der nichtgraviden Tube keinesfalls garantiert werden kann. Dazu kommt, daß die von einer Tubargravidität befallenen Frauen meistens Mehrgebärende sind, denen, zumal wenn es sich, wie häufig der Fall, um Angehörige der minderbemittelten Stände handelt, an einer weiteren Vermehrung der Nachkommenschaft nichts gelegen zu sein pflegt. Selbstverständlich muß man sich des Einverständnisses mit der beabsichtigten Sterilisation nicht nur der Frau, sondern auch des Ehegatten vor der Operation vergewissern, um sich vor Nackenschlägen auf jeden Fall zu schützen; die Einwilligung wird einem freilich bei Darlegung der Gründe kaum je verweigert, im Gegenteil stets bereitwilligst erteilt werden, wovon Verfasser selbst schon Gelegenheit gehabt hat, sich zu überzeugen. Zu entsprechender Befragung wird heute, wo die Diagnose der Tubarschwangerschaft den Aerzten etwas verhältnismäßig Geläufiges ist, und die Patientinnen keineswegs immer nur nach stattgehabter Katastrophe der Berstung des Fruchtsackes in Extremis ins Krankenhaus eingeliefert werden, in den meisten Fällen Gelegenheit sein; da man ferner aus den genannten Gründen in der Regel in aller Ruhe wird operieren können, und es auf eine Verlängerung des Eingriffes um wenige Minuten nicht ankommt, so dürfte damit der etwa noch zu erhebende Einwand gegen die Ausdehnung der Operation auf die nichtschwangere Tube wegen dadurch bedingter Komplikation des Eingriffs und Zeitverlustes wohl auch hinfällig sein.

Hiermit erscheint alles Für und Wider erschöpft; ich gebe daher an dieser Stelle nochmals eine kurze Zusammenfassung meiner Ausführungen:

In Berücksichtigung der Tatsache, daß eine Tubargravidität in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl aller Fälle als entstanden auf Grund entzündlicher, so gut wie stets beiderseits vorhandener Veränderungen der Tubenschleimhaut anzusehen ist, und so mit der Möglichkeit eines Rezidivs der Tubargravidität in dem anderen Eileiter gerechnet werden muß, erscheint es nicht ungerechtfertigt, um einem solchen, an sich betrachtet, keineswegs allzu seltenen Ereignisse vorzubeugen, alle bereits im Besitze gesunder Kinder befindlichen, wegen Tubarschwangerschaft zur Operation kommenden Frauen mit ihrem und ihres Gatten Einverständnis durch Entfernung beider Tuben zu sterilisieren; denn die Gefahren, welchen sie durch eine zweite Extrauteringravidität ausgesetzt wären, sind als so groß zu betrachten, daß sie durch eine nicht einmal mit Sicherheit in Aussicht zu stellende Vermehrung ihrer Kinderzahl nicht aufgewogen würden.

Ich lasse nunmehr zum Schluß noch die beiden Krankengeschichten folgen.

I. Frau Marie V., 27 Jahre alt, aus Harburg, aufgenommen am 1. Juni 1908.

Anamnese: Vor der Ehe angeblich immer gesund gewesen. Nach einer Entbindung im Jahre 1900 Schmerzen im Unterleib, die auf einer „Knickung" beruhen sollten. Deswegen 1903 in einer Privat-Klinik operiert. Was damals eigentlich gemacht sei, vermag

Patientin nicht zu sagen, nur soll man ihr versichert haben, daß sie nun nicht wieder konzipieren würde. Ein Jahr später wurde sie laut Krankengeschichte wegen rechtsseitiger Tubargravidität im hiesigen Krankenhause abermals laparotomiert und eine Resektion der rechten Tube vorgenommen. Sie wurde damals nach 16 Tagen als geheilt entlassen und war bis vor etwa 5 Wochen im großen und ganzen frei von Beschwerden. Seit der Zeit hat sie wieder über stärkere Schmerzen im Unterleib zu klagen und andauernde Blutung, sowie Appetitlosigkeit und Erbrechen. Die Periode war angeblich immer regelmäßig; nur das letztemal nicht so stark wie sonst.

Ueber Erkrankungen des Ehemanns vermag Patientin keine nähere Auskunft zu geben; ihr Kind lebt und ist gesund.

Befund bei der Aufnahme: Mittelgroße, grazil gebaute Frau mit blassem Gesicht und ebensolchen Schleimhäuten. Macht einen kränklichen, hinfälligen Eindruck.

Organe der Brusthöhle ohne Besonderheiten. Puls und Temperatur normal.

Abdomen: Nicht besonders aufgetrieben, zeigt eine Längs- und eine Quernarbe, ist im unteren Teile leicht druckempfindlich. Uterus etwas vergrößert, retroflektiert, Portio deutlich aufgelockert. Rechte Adnexe nicht zu fühlen, links vom Uterus ein gut walnußgroßer, prall elastischer Tumor zu tasten, außerdem das linke Ovarium von normaler Größe, Konsistenz und Beweglichkeit. Mäßiger Ausfluß, in dem Gonokokken nicht nachweisbar sind. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Diagnose: Tubargravidität links?

Am 2. Juni 1908 in Morphium-Scopolamin-Chloroform-Narkose. Operation: Zunächst Curettage der Uterushöhle und Drainage mit Vioformgaze. Alsdann Eröffnung des Leibes durch suprasymphysären Querschnitt nach Pfannenstiel in der alten Narbe. Uterus liegt retroflektiert. Ampulle der linken Tube reichlich walnußgroß, uterinwärts gegen den übrigen Teil der Tube durch eine scharfe Einschnürung deutlich abgesetzt, sodaß man den Eindruck einer durch die Tube als Stiel mit dem Uterus zusammenhängenden Geschwulst hat. Beim Herausheben des leichtverklebten Tumors platzt dieser, und es entleert sich aus der Einrißstelle in seiner Wand Blut. Exstirpation der linken Tube unter Zurücklassung des gesunden Ovariums. Aus der Continuität der rechten Tube ist ein Stück reseziert; Wegnahme der noch vorhandenen Stümpfe. Ventrofixation des Uterus nach Kocher, Schluß der Bauchwunde durch Etagennähte. Heftpflasterverband.

Verlauf glatt. Am dritten Tage post operationem Herausnahme des Uterustampons, am 8. Tage Entfernung der Hautnähte; Wunde p. p. i. verheilt. Am 16. Juni 1908 mit glatter, fester Narbe und bei gutem Allgemeinbefinden geheilt entlassen. Uterus in gut anteflektierter Stellung.

In den durch Curettage gewonnenen Massen waren Deziduazellen nachweisbar; im Innern des exstirpierten Tumors fand sich neben Coagulis der Innenwand der Tube anhaftendes Plazentargewebe; ein Foetus war nicht auffindbar.

In diesem Falle war offenbar, worauf die Versicherung der Frau: man habe ihr nach der ersten Operation im Jahre 1903 gesagt, sie würde nicht wieder schwanger werden, und auch der gelegentlich der Operationsbeschreibung geschilderte Befund einer Art von Stenose an der schwangeren Tube hinzuweisen scheint, vor Jahren eine Ventrofixation und zum Zwecke der Sterilisierung eine Unterbindung der Tuben mit Catgut gemacht worden. Die Unzweckmäßigkeit dieser Maßnahme ist bekannt; auch in diesem Falle, vorausgesetzt, daß unsere Annahme zutrifft, hätte sich dieselbe alsdann in eklatanter Weise gezeigt, insofern die Ligierung der Tuben eine Konzeption zwar nicht verhindert, wohl aber der Etablierung einer Tubargravidität erst rechts, dann links Vorschub geleistet hätte. Dies wäre so zu erklären, daß sich das Lumen der Tube nach Resorption des Fadens beiderseits wiederhergestellt hätte, doch aber eine so beträchtliche Verengerung desselben zurückgeblieben wäre, daß befruchtete Eier an diesen Stellen auf dem Wege zum Uterus Halt machten.

II. Frau Caroline R., 28 Jahre alt, aus Harburg, aufgenommen am 28. März 1909.

Anamnese: Patientin ist im allgemeinen früher nicht ernstlich krank gewesen; vor einem Jahre ist ihr der rechte Tränensack wegen Eiterung exstirpiert worden. Mit 16 Jahren menses, die in der ersten Zeit etwas unregelmäßig waren, wegen „Bleichsucht“. Mit 23 Jahren verheiratet; 3 normale Partus; am 10. April 1904, 30. April 1905, 10. Mai 1906, Wochenbetten ohne Störungen. Juli 1907

und Mai 1908 Aborte, im 2. bis 3. Monat. Am 19. November 1908 wegen rechtsseitiger Tubargravidität mit innerem Fruchtkapselaufbruch hier vom Verfasser laparotomiert; Exstirpation der rechten Tube und des kleincystisch-degenerierten, taubeneigroßen Ovariums. Linke Adnexe bei der damaligen Operation makroskopisch unverändert vorgefunden, deswegen auf Ersuchen des der Operation beiwohnenden Hausarztes zurückgelassen: glatte Rekonvalescenz; am 5. Dezember 1908 geheilt entlassen. Erholte sich dann nur sehr langsam, hatte im Dezember 1908 und Januar 1909 äußerst starke menses. Im Februar 1909 Ausbleiben der Periode; am 18. März 1909 frühmorgens Einsetzen einer ziemlich starken Blutung aus der Gebärmutter und ziehende Schmerzen im Unterleibe, besonders links. Der hinzugerufene Arzt schickt sie in der Annahme einer abermaligen Tubargravidität wieder ins Krankenhaus.

Mann angeblich gesund. Das zweite Kind jung an Darmkatarrh verstorben, die anderen beiden gesund.

Befund bei der Aufnahme: Große, kräftig gebaute und ziemlich gut ernährte Frau mit blassem Gesicht, blassen Schleimhäuten. Extremitäten kühl.

Puls von etwas erhöhter Frequenz, regelmäßig, ziemlich klein und weich; Atmung ohne Besonderheiten, Temperatur afebril.

An Herz und Lungen nichts besonderes nachzuweisen.

Am Abdomen, zwischen Nabel und Symphyse, glatte Narbe in der Mittellinie. Leib ganz wenig aufgetrieben,

geringe Bauchdeckenspannung vorhanden, Unterleib in toto aber links etwas mehr, als rechts, druckempfindlich, keine deutliche Dämpfung. Mäßige Blutung ex utero, Abgang deziduaartiger Gebilde. Uterus etwas retroflektiert leicht vergrößert; links davon ein etwas länglicher, ungefähr hühnereigroßer Tumor fühlbar, Ovarium nicht deutlich zu tasten, rechte Adnexe fehlen: im Douglas anscheinend Ansammlung von Flüssigkeit. Im Vaginalsekret Gonokokken nicht aufzufinden.

Diagnose: Tubarer Abort links.

Operation in Chloroform-Narkose: Exzision der alten Narbe, Eröffnung des Leibes durch Längsschnitt dicht links von der Mittellinie. In der Bauchhöhle zwischen den Därmen mäßige Mengen größtenteils noch flüssigen Blutes, kleines Becken damit angefüllt. Quelle der Blutung ist die im ganzen ziemlich stark verdickte, linke Tube, die in ihrem abdominalen Ende erheblich vergrößert ist, und aus deren Ostium noch immer Blut und Coagula herausquellen. Hervorziehen der leicht verklebten Tube und Exstirpation derselben. Linkes Ovarium intakt, wird zurückgelassen. Nach Trennung einiger von der ersten Operation herrührenden leichten Verwachsungen und Ausräumung der in der Tiefe des Beckens noch liegenden Blutgerinnsel Ventrofixation des Uterus nach Kocher. Schluß der Bauchwunde durch Etagennähte Heftpflasterverband.

Reaktionsloser Verlauf. Am 3. April Verbandswechsel: Wunde glatt verheilt, Entfernung der Haut-

nähte. Am 10. April geheilt mit glatter, fester Bauchnarbe und bei leidlichem Wohlbefinden entlassen.

Uterus in guter Stellung fixiert.

Die exstirpierte Tube zeigte chronisch entzündliche Verdickung der Wand; in der Ampulle fand sich neben älteren und jüngeren Coagulis Plazentargewebe; ein Foetus nicht mehr vorhanden.

Literatur.

1. Abel, Archiv für Gynäkologie, Bd. 44. 1893.
2. A. Martin, Handbuch der weiblichen Adnexerkrankungen 1895. Die Schwangerschaft außerhalb des Uterus, deutsche Klinik. Bd. IX.
   „Extrauteringravidität" in Eulenburgs Realencyklopädie.
3. Czempin, Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie, Bd. 37, 1897.
4. Engström, ibidem, Heft 3. 1902.
5. Heikel, Mitteilungen aus der gynäkolog. Klinik in Helsingfors. Bd. IV, Heft 1. 1892.
6. Forssel, ibidem, Heft 2. 1902.
7. Falk, Zweimalige Laparotomie wegen rezidivierter Tubargravidität. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 38. S. 270. 1898.
8. Zangemeister, ibidem, S. 404. 1898.
9. Werth, Extrauteringravidität in v. Winckel's Handbuch der Geburtshilfe, 1904.
10. J. Veit, Verhandlungen der Ges. f. Geburtshilfe und Gynäkologie in Würzburg, 1903.
11. Döderlein u. Krönig, Operative Gynäkologie.
12. v. Scanzoni, Archiv f. Gynäkologie, Bd. 65. 1902.
13. Prochownik, Münch. med. Wochenschrift, Bd. 32 u. 33. 1900.

Lebenslauf.

Ich, Emanuel Ludwig Erwin König, evangelischer Konfession, geboren am 4. November 1880 zu Berlin als Sohn des am 20. Juni 1897 verstorbenen Kaufmanns Franz König und seiner Ehefrau Antonie, geb. Meinicke, besuchte von Oktober 1887 bis Oktober 1899 das Köllnische Gymnasium nebst Vorschule meiner Vaterstadt und oblag von da ab bis Oktober 1904 dem Studium der Medizin an der Berliner Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität. Am 8. März 1902 bestand ich die ärztliche Vorprüfung mit „gut“; am 14. Juli 1905 beendete ich das Staatsexamen, in welchem ich die gleiche Zensur erhielt.

Auf mein Gesuch seitens des Ministeriums von der Ableistung des praktischen Jahres befreit, war ich dann nach erlangter Approbation als Assistenzarzt, erst der inneren, dann der chirurgischen Abteilung, am Städtischen Krankenhause zu Brandenburg a. H. tätig, bis April 1907. Seit Oktober 1907 bin ich am Städtischen Krankenhause zu Harburg a. E. angestellt.

Meiner Dienstpflicht mit der Waffe hatte ich schon während meines ersten Sommersemesters (April-September 1900) in Berlin genügt; das zweite Diensthalbjahr als einjährig-freiwilliger Arzt absolvierte ich in Brandenburg a. H. im Sommer 1907. Nach einer 6wöchigen Uebung während der Monate April/Mai 1908 wurde ich im Juli 1908 zum Assistenzarzt der Reserve befördert.